

CERTIFICAT MÉDICAL

Le médecin soussigné certifie avoir examiné :

Monsieur

Madame

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____

Profession / fonction : _____

Lieu de travail : _____

Adresse de l'employeur : _____

dans le but de déterminer si son état de santé physique (y compris maladies transmissibles) et psychique ⁽¹⁾ est compatible avec les tâches qu'il / elle assume auprès de jeunes enfants.

Le médecin soussigné est arrivé à la conclusion que la personne susnommée est :

apte apte sous réserve : _____

inapte : _____

Lieu et date : _____

Signature et timbre du médecin traitant : _____

⁽¹⁾ **Par aptitudes psychiques, on entend** : l'absence de troubles psychiques ou du comportement et l'intégrité des facultés nécessaires à la prise en charge d'enfants, à leur stimulation et à leur sécurité.

Par aptitudes physiques, on entend : l'absence d'une maladie ou d'un handicap ayant une incidence fonctionnelle significative sur les facultés nécessaires à la prise en charge d'enfants, à leur stimulation et à leur sécurité (des exceptions sont possibles si des solutions rigoureuses sont appliquées en complément).

Vaccinations recommandées : diphtérie (rappel tous les 10 ans) – ROR – hépatite A et B – polio.

Recommandé : intradermo-réaction semi-quantitative à la tuberculine (mantoux) lors du premier certificat médical.